0821 Nr 19

Lane Medical Library

Casuistische Beiträge

zur

Lehre über Extrauteringravidität.

Inaugural-Dissertation

der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Bern

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Henri Mauerhofer, prakt. Arzt,

von Burgdorf.

Bern.

Buchdruckerei Karl Stämpfli & Cie.

1892.

Casuistische Beiträge

zur

Lehre über Extrauteringravidität.

Inaugural-Dissertation

der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Bern

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Henri Mauerhofer, prakt. Arzt,

von Burgdorf.

Bern.

Buchdruckerei Karl Stämpfli & Cie.

1892.

Auf Antrag des Herrn *Prof. Müller* von der Fakultät zum Druck genehmigt.

Bern, Juli 1892.

Der Dekan:

Pflüger.

Seinem lieben Freunde

Herrn Obergerichtsschreiber

VICTOR MERZ

zur freundlichen Erinnerung gewidmet.

Bern, im Sommer 1892.

Der Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153513_0181

Bei der relativen Häufigkeit der Extrauteringravidität, sowie bei den noch in Bezug auf deren Aetiologie, Diagnose und Therapie herrschenden Meinungsdifferenzen ist es gerechtfertigt, die diesbezüglichen Beobachtungen zu publiziren. So lautet im Auszug die Einleitung, welche Prof. Dr. Wyder im Archiv für Gynäkologie, Band 41, seiner Publikation «Beiträge zur Extrauterinschwangerschaft» vorausschickt. Von demselben Gedanken ausgehend, sollen die seit 1878 auf der hiesigen Universitäts-Frauenklinik beobachteten Fälle von operativ behandelter ektopischer Schwangerschaft gemeinsam veröffentlicht werden. Fünf derselben wurden seiner Zeit von Dr. Brühl bereits dem Archiv für Gynäkologie übergeben. Ich werde dieselben in kurzem Auszug den andern neun vorausschicken*). Es scheint mir diese Rekapitulation zweckmässig zu sein, da mit Ausnahme einer einzigen Patientin alle andern von Herrn Prof. Dr. P. Müller operirt wurden. Es wird sich so bei der Gleichartigkeit der leitenden Prinzipien am ehesten ein erspriessliches Resultat ziehen lassen. Ferner ist bei der Mehrzahl der spätern Fälle als neueres Operationshülfsmittel die

*) Anmerkung: Siehe Anhang.

Tamponade des kleinen Beckens hinzugetreten, so dass aus dem Vergleich der ersten und zweiten Serie sich sichere Anhaltspunkte für die Beurtheilung des therapeutischen Werthes dieser Tamponade ergeben werden.

Es sollen nun die 14 Fälle der Reihe nach entsprechend den vorliegenden Krankengeschichten mitgetheilt werden:

Fall I.

Anamnese: 14. XII. 1878.

M.-G., 42 J., 6 p.: 1. Geburt Zange, dann 4 normale Geburten, deren letzte vor 20 Monaten. Im Mai 1878 Abortus im 2. Monat. 3 Wochen später angeblich Peritonitis. 3 Monate Krankenlager. September und Oktober Spuren von Menses. Klagen über heftige Schmerzen im Abdomen.

Status: Mannskopfgrosser Tumor im Abdomen bis 2 Finger über den Nabel. Unterhalb des letztern Herztöne. Tumor drängt das vordere Scheidengewölbe herunter. Vaginal-Portion nach hinten.

27. XII. Innerer Muttermund geöffnet, Uterushöhle leer, 8 cm.

30. XII. Keine Herztöne mehr. Patientin hat noch mehr abgenommen.

Diagnose: Graviditas extrauterina.

31. XII. **Operation** (Laparotomie): In einer von verklebten Gedärmen gebildeten Höhle faultodter Fœtus von 45 cm Länge. Keine Eihäute. Placenta sitzt links unten an der Darmwand. Nabelschnur wird unterbunden und abgetragen. Ausspülung mit Carbol. Schluss der Wunde. Drainage nach aussen.

Verlauf: Immer grosse Schwäche. Verbandwechsel am 2. Tag. Brechen. **Exitus:** 4. I. 1879.

Sektionsbericht: Eisack liegt auf der rechten Seite auf der hintern Fläche des ligamentum latum dextrum. Abdominales Ende der rechten Tube, sowie rechtes Ovarium nicht zu finden.

Epikrise: Dieser Fall mit grosser Wahrscheinlichkeit für eine reine Graviditas abdominalis zu halten wegen Mangels an glatten Muskelfasern in den mütterlichen Eihäuten. Aeussere Ueberwanderung des Eies.

Fall II.

Anamnese vom 10. VI. 1879.

B.-R., 39 J.: 6 normale Geburten; letzte vor fünf Jahren. Letzte Menstruation Ende November 1878. Aufhören der Kindsbewegungen 5. VI. 1879. Beginn der Wehen 6. VI. Starke Ausdehnung des Leibes bedingte Dyspnöe und Erstickungsanfälle.

Status 9. VI.: Im Becken den schwangern Uterus stark in die Höhe drängend ein Tumor. Repositionsversuch misslingt.

Status 10. VI.: Nach einer Eisenbahnfahrt spontane Geburt. Kind todt. Temperatur 39,5 °. Puls 140. Im Abdomen links vom Uterus ein Tumor von weicher Beschaffenheit.

Diagnose: Peritonitis in Folge Axendrehung eines gestielten Ovarialtumors.

Operation (Laparotomie) 11. VI.: In der Bauchhöhle ein freiliegender Fœtus; mit der Nabelschnur herausgezogen. Aeusserst heftige Blutung. Vernähen der Wunde. Kompressivverband.

Extrauteriner Fœtus: 29 cm. 520 gr.

Intrauteriner Fœtus: 44,5 cm. 1670 gr.

Verlauf: 10 Minuten p. op. **Exitus.**

Sektionsbericht: Fruchtsack sass fast nur im Grunde der Excavatio recto-uterina und an der hintern Fläche des ligamentum latum sinistrum. Corpus luteum in jedem Ovarium. Tuben und Ovarien beiderseits, wenn auch dem Eisack anliegend, doch mit demselben nicht verwachsen.

Epikrise: Dieser Fall jedenfalls ein typisches Beispiel einer Graviditas abdominalis.

Fall III.

Anamnese vom 22. VI. 1882.

V.-S., 39 J.: eine normale Geburt im Jahre 1863. Wochenbett normal. Ende Mai 1877 Conception. Viel Beschwerden. Anfangs Januar 1878 nach lebhaften Kindsbewegungen dauerndes Aufhören derselben. 6 Wochen später wehenartige Schmerzen, welche eine ganze Nacht andauerten. Kein Abgang von Blut oder häutigen Fetzen. Vom Ende Dezember 1880 Fieber, Schmerzen im Unterleib. Von Mitte Februar 1881 wiederholter Abgang von Knöchelchen per Rectum, mit Eiter vermischt. Starke Abmagerung.

Status 22. VI.: Zwischen Nabel und Symphyse buckelförmige, daneben eine gratartige Hervorragung, welche, an einander verschoben, Crepitation hervorrufen. Uterus retrovertirt, Sonde 6,5 cm. Kommunikationsöffnung zwischen Rectum und Tumor nicht zu finden.

Operation (Versuch der Laparotomie, hierauf Elytrotomie und Cystotomie): Versuch der Entfernung der Ueberbleibsel des Fœtus durch Laparotomie muss aufgegeben werden, da der Sack überall mit Dünndarmschlingen verwachsen ist. Blase mit Uterus und Sack verwachsen. Anlegung einer Blasenscheidenfistel. Ent-

fernen der zersetzten Ueberreste eines Fœtus. Borsalicyl-ausspülung. Jodoformgaze-Tamponade. **Glatter Verlauf** nach 4 Wochen. Im Dezember dauernder Verschluss der Blasenscheidenfistel.

Fall IV.

Anamnese: 22. VIII. 1886.

B.-N.: 2 normale Geburten und Wochenbetten. Menses immer regelmässig; jedoch seit der letzten Geburt im Jahre 1880 9 Tage dauernd. Vor 9 Wochen dauerten die Menses 3 Wochen an, verbunden mit heftigen Schmerzen in der rechten Seite. Seither immer Schmerzen, Stuhl angehalten, Exurese schmerzhaft.

Status: Rechts oberhalb des Ligamentum Pouparti, auf die linke Seite übergreifend, ein faustgrosser Tumor von cystischer Beschaffenheit, im hintern Scheidengewölbe fühlbar. Uterus nach links und vor dem Tumor wenig beweglich. Sonde 8 cm. Temperatur nie über 38,0° C.

Diagnose: Cystoma Ovarii dextri.

Operation (Laparotomie): Punction des Tumors nach Eröffnung der Peritonealhöhle, Blutung. Fassen des Sackes mit Muzeux'schen Zangen. Fœtus dem 3. Monat entsprechend. Balg und Placenta manuell entfernt, eine daumendicke Verwachsung an der hintern Bauchwand abgebunden und abgebrannt. Ausspülung mit Borsalicyl. NaCl-Lösung in's Abdomen. Kompressivverband. Frau sehr anämisch.

Verlauf: 12 Stunden p. operat. unter Temperatursteigerungen **Exitus.**

Sektionsbericht: L. Ovarium normal. Kein frisches Corpus luteum. Linke Tube in der Mitte durch eine Verwachsung verschlossen, sonst nichts Abnormes. Rechtes Ovarium ausser dem dafür zu haltenden Theil am Ope-

rationsstumpf nicht nachzuweisen. Der restirende Theil der rechten Tube normal. Mikroskopisch kein Ovarialgewebe nachweisbar.

Epikrise: Brühl nimmt Tubarschwangerschaft als unwahrscheinlich an. Ovarial- oder Abdominalgravidität.

Fall V.

Anamnese: 30. VII. 1887.

Th.-C.: 5 spontane Geburten; letzte 1885. Wegen puerperaler Erkrankung mit pyämischen Erscheinungen im letzten Wochenbett war Patientin 8 Monate bettlägerig. Seit 2 Monaten Auftreibung des Abdomens bemerkbar. Menses im Juni und Juli etwas schwächer. Anfangs August plötzlich heftige Krämpfe im Abdomen, letzte Menstruation Mitte August stärker als gewöhnlich. Seither Wohlbefinden. Stuhl und Exurese in Ordnung.

Status: Kindskopfgrosser Tumor von cystischer Beschaffenheit wenig beweglich, in der linken Beckenhälfte keine Fluctuation. Derselbe ist im linken Scheidengewölbe fühlbar. Uterus nach rechts verdrängt, nicht vergrössert. Tumor prall-elastisch.

Diagnose: Ovarialtumor.

Operation (Laparotomie): Tumor reisst ein, starke Blutung, Punktion. Fœtus mit Nabelschnur entfernt. 24 cm, 420 gr, stirbt bald. Placenta zurückgelassen. Jodoformgazetamponade. Einnähen des Balges. Druckverband.

Verlauf: Reaktionslos. Abstossung der Placenta nach mehr als $2^1/_2$ Wochen beendigt. Entlassung nach 2 Monaten mit einer Oeffnung im Abdomen, welche die Sonde auf 2—3 cm aufnimmt. Seit der Operation bis zur Entlassung keine Menses.

Epikrise: Wahrscheinlich tubare oder ovarielle Gravidität, intraligamentär.

Fall VI.

Anamnese: 19. VII. 1889.

Sp.-L. 39 J. (J. N. 1889. 216). Frau hat 5mal geboren, 2mal Kunsthülfe Letzte Geburt vor 12 Jahren. Frau soll dann längere Zeit an einer „Gebärmutterknickung" leidend gewesen sein. Im April 1889 setzten die sonst regelmässigen Menses 7 Wochen aus, kehrten dann unter Krämpfen wieder. Seither fast beständiger Blutabgang unter krampfartigen Schmerzen.

Beschwerden: Frostanfälle seit dem 18. VII. mit Stechen auf der rechten Seite. Urinabsonderung schmerzhaft.

Status vom 22. VII. (Narkose): Abdomen nicht aufgetrieben. Bei der Palpation findet man oberhalb des Poupart'schen Bandes eine faustgrosse Resistenz von rundlicher Form, doch undeutlichen Contouren. Diese Resistenz fühlt sich an einzelnen Stellen weicher, elastischer, an andern härter an. Die Resistenz ist etwas beweglich.

Bei der doppelten Untersuchung findet man den Uterus anteflectirt, nicht vergrössert, von normaler Consistenz. Muttermund geschlossen. Rechts vom Uterus findet man den bei der äussern Untersuchung konstatirten Tumor. Er nimmt sich jetzt beinahe kindskopfgross aus, doch sind die Contouren auch jetzt noch undeutlich. Der Tumor lässt sich etwas in die Höhe schieben, und auch von der Vagina aus fühlen sich einzelne Partien härter, andere wieder weicher, elastisch an. Scheide und äussere Genitalien nicht bläulich verfärbt. Aus den Brüsten lässt sich Secret ausdrücken. Die Frau gibt an, dass die Brüste in der letzten Zeit grösser geworden seien.

Diagnose: Extrauteringravidität.

Da am 23. VII. Abends Temperatursteigerung von 38,4° bei hohem Puls, starken Schmerzen rechts, sowie

grosser Schwäche aufgetreten war, wurde am 24. Morgens zur **Operation in Chloroformnarkose** geschritten.

Es wurde wegen der seitlichen Lage und der relativen Unbeweglichkeit der Geschwulst die Incisionswunde etwa 4 cm von der Mittellinie nach rechts angelegt. Die Untersuchung durch die kleine Oeffnung mittelst des Fingers ergab, dass der Tumor in seiner obersten Partie aus Knollen von geronnenem Blut bestand, die Massen in der Tiefe fühlten sich weicher an. Neben dem Uterus rechts und hinten kam der untersuchende Finger in eine ungefähr eigrosse mit krümmeligen Massen angefüllte Höhle, welche in einem etwa apfelgrossen Gebilde lag, das nach allen Richtungen hin verwachsen war. Es wurde dann die kleine Oeffnung nach oben hin auf 8 cm erweitert und die alten und frischen Blutgerinnsel, welche zum Theil innig mit den Gedärmen verwachsen waren, entfernt. Da der Sack unten geplatzt war, da ferner derselbe nach allen Richtungen hin verwachsen war und da die Lösung desselben wahrscheinlich sehr starke Blutung hervorgerufen hätte, so wurde von einer Exstirpation des Sackes Abstand genommen und die Bauchhöhle wieder geschlossen. Die Frau war pulslos, sofortige NaCl-Transfusion von etwa 250 gr. Trotz energischer excitirender Therapie erfolgte 4 Stunden nach der Operation der Exitus letalis.

Die **Sektion** ergab, dass die untern Darmschlingen mit Blutgerinnsel bedeckt waren und das kleine Becken mit solchen angefüllt. Man fand einen mit der rechten Tube und dem Ovarium nicht im Zusammenhang stehenden Tumor von 7 cm Länge, 6 cm Breite und 3 cm Dicke. Es war ein Sack, der von einer etwa 1 mm dicken glatten Membran gebildet war, mit einer rundlichen 3 cm langen Rissfläche. Er lag im kleinen Becken hinter dem

Uterus und zeigte starke Adhäsionen mit der Nachbarschaft. Der Tumor war mit Blutgerinnsel angefüllt.

Fall VII.

Anamnese: 7. I. 90.

Sch.-B. 37 J. (J. N. 1890. 8). Fünf normale Geburten. Seit der letzten im Juli 1889 Menstruation noch nicht eingetreten.

Beschwerden: Frau klagt über Schmerzen im Leib und Kreuz, ferner über Blutabgang seit einem Tage. Am 9. I. Eintritt der Regel. 6 Tage ohne besondere Schmerzen.

Status in Chloroformnarkose 21. I.: Dünne schlaffe Bauchwandungen. Auf der rechten Seite oberhalb des Poupart'schen Bandes ein eigrosser Körper von mittlerer Consistenz. Der Uterus ist etwas weniges vergrössert. Die Scheide und die äussern Genitalien weich; letztere haben eine etwas bläuliche Färbung.

Der Tumor rechts lässt sich etwas schwer bis oberhalb des Beckeneinganges in die Höhe schieben; dabei bleibt das eigrosse obere Ende desselben sehr beweglich. Dieser Tumor steht durch eine kurze strangartige Masse mit dem Corpus uteri in Verbindung; er setzt sich fort in's linke Scheidengewölbe, und zwar ist das Ende der Masse links ein eigrosser etwas schwer beweglicher Körper, der ebenfalls mit dem Uterus in Verbindung steht. Diese beiden Körper rechts und links stehen durch eine breite Masse im Douglas'schen Raum miteinander in Verbindung. Der Uterus nimmt die Sonde mit grosser Leichtigkeit auf 8 cm ein, fühlt sich in seinem Körper und an der Vaginalportion sehr weich an. Mit dem Stethoskop hört man über dem Tumor rechts ein blasendes Geräusch.

Diagnose: Extrauteringravidität.

Operation in Chloroformnarkose: Eröffnung der Bauchhöhle in der Medianlinie. Schnitt bis zum Nabel reichend. Von der Vagina aus wird der Tumor gegen die Bauchwand angedrängt. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle zeigt sich inmitten der Dünndarmschlingen der Tumor. Die Gedärme werden mittelst Salicylcompressen vom Tumor isolirt. Bei der näheren Untersuchung nimmt sich die Geschwulst gerade so aus, wie oben beschrieben. Ferner zeigt es sich, dass dieselbe durch starke Adhäsionen im Douglas verwachsen ist, nur der rechtsseitige faustgrosse Knollen lässt sich mit Mühe bis in das Niveau der Bauchwand ziehen. Die Oberfläche des Tumors ist blauröthlich, zeigt sehr starke Gefässe, ist prall-elastisch anzufühlen, zirka faustgross. Die Geschwulst grenzt direkt an die rechte Kante des Uterus; der Stiel ist sehr dick, von der Dicke eines Vorderarmes. Extrauterinschwangerschaft in der rechten Tube erscheint als das Wahrscheinlichste. Wegen der starken Adhäsionen und der Dicke des Stieles, der das Ligamentum latum sehr stark ausdehnt, wird von einer Exstirpation des Tumors abgesehen und derselbe in die Bauchwand eingenäht. Hierbei entsteht plötzlich aus der Tiefe eine starke Blutung, da die Wand des Tumors einriss. Desshalb wird von einem weitern Annähen Umgang genommen und der Tumor an der obern Fläche durch einen 3 cm. langen Schnitt eröffnet. Starke Blutung. Blut schwarz und dick; aus der Tiefe hellroth. Eingehen mit dem Finger, Entfernen eines Fœtus, 7—8 cm lang, und von Placentargewebe. Starke Blutung. Da bei einem ferneren Versuche des Einnähens die Wand des morschen Sackes noch weiter einreisst und die Blutung sehr gefahrdrohend wird, nimmt man von weitern Versuchen Abstand, die Bauchhöhle wird mit Salicyltampons und Kompressen

austapezirt, nachdem man die Dünndarmschlingen so gut als möglich isolirt hat. Zuletzt wird, um von unten her einen Gegendruck auszuüben, die Scheide mit Jodoformgaze und Schwämmen tamponirt und werden die äussern Genitalien vernäht. Naht der Bauchwunde oberhalb der Tamponade. Druckverband, Kompression des Abdomens mittelst des bei Atonie des Uterus gebräuchlichen Steines. Transfusion, Analeptica, da der Puls an der Radialis verschwindend war. Nach 6 Wochen wird Patientin **geheilt entlassen.** Allgemeinbefinden sehr gut. Rechts und hinten am Uterus eine undeutliche flache, nicht schmerzhafte Masse.

Am 3. VI. ergab eine erneute Untersuchung, dass der Uterus noch etwas gross war, nach links und hinten ein eigrosser Tumor liegt. Allgemeines Befinden gut. Menstruation 3wöchentlich, regelmässig.

Fall VIII.

Anamnese: 14. II. 1890.

B.-B., 27 J. (J. N. 1890. 52). Patientin hat 2mal normal geboren. Letzte Geburt vor 3 Jahren. Nach ½ Jahr Menses wieder eingetreten. Vorletzte Menstruation 8 Tage vor Neujahr. Dann Anfangs Januar Erkrankung an Influenza, seit welcher Zeit eine Geschwulst auf der rechten Seite des Leibes aufgetreten sein soll. Letzte Menstruation Anfangs Februar. Menstruation war immer etwas unregelmässig. Frau tuberkulös, hereditär belastet.

Beschwerden: Seit 3 Wochen Abmagerung, starke krampfartige Schmerzen im Leib, Stuhlverstopfung, Erbrechen, schmerzhafte Exurese.

Status: Leib aufgetrieben, dem 5. Monat der Gravidität entsprechend. Man fühlt einen mehr in der rechten Bauchseite liegenden, bis 2 Querfinger unter den Nabel

reichenden Tumor. Dessen Konsistenz ist an verschiedenen Orten verschieden; einzelne weichere, einzelne härtere Partien; an einzelnen Stellen sogar Fluktuation vorhanden. Die Vaginal-Portion nach vorn und links verdrängt. Muttermund eine Querspalte. Portio ziemlich klein. Fundus uteri oberhalb der Symphyse zu fühlen. Sonde lässt sich auf 6 cm einführen. Uterus nicht vergrössert. Im hintern Scheidengewölbe konstatirt man einen Tumor von der nämlichen Beschaffenheit wie bei der äussern Untersuchung. Dieser Tumor reicht bis zur Beckenmitte herunter, auf der linken Seite etwas Fluktuation darbietend. Druck von aussen pflanzt sich undeutlich fort. Die Masse ist nicht verschiebbar. Per rectum Tumor ebenfalls fühlbar.

Diagnose: In Frage kommt eine mit Flüssigkeit gefüllte Höhle: Eiterherd, Hämatocele, Extrauteringravidität, Ovarial- oder Parovarialgeschwulst.

Operation 20. II. 1890: Eröffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie durch einen Schnitt, welcher von der Symphyse aus bis fast zum Nabel reicht. Der Tumor wird von der Scheide aus gegen die vordere Bauchwand angedrückt. Rechts vor und neben dem Uterus zeigt sich ein mehr als faustgrosser Tumor mit bläulich verfärbter Wand, auf dem wenig Gefässe zu konstatiren sind. Die Konsistenz ist eine wechselnde; im Allgemeinen ist der Tumor weich anzufühlen und zeigt an einzelnen Stellen sogar deutlich Fluktuation. Vom Fundus uteri lässt sich der Tumor deutlich abgrenzen, während er mit der Umgebung durch leichte blutreiche Adhäsionen verbunden ist. Die Wandung der Geschwulst wird an ihrer vordern Peripherie mittelst Seidenknopfnähten an die vordere Bauchwand angeheftet. Beim Herausziehen aus der Tiefe erleidet die morsche Wandung einen kleinen Einriss, der an der Vorderfläche erweitert wird, und aus welchem

sich eine Menge schwarzen geronnenen Blutes ergiesst. Die Wandung erweist sich als gut 1 cm dick. Nach Entleerung der alten Blutgerinnsel und Ausspülung des Sackes zeigt sich eine deutliche Kommunikation mit der nach rechts gegen die seitliche Beckenwand zu verlaufenden, gut fingerdicken Tube. In die vergrösserte Tube lässt sich der kleine Finger einschieben. Das Ovarium ist nicht deutlich zu erkennen. In dem alten Blutgerinnsel ist von einem Fœtus nichts zu erkennen. Nach reichlicher Ausspülung des Sackes wird die morsche Wandung vollständig eingenäht und die Höhle mit Salicylgazestreifen austamponirt; dann die Bauchwandung oberhalb und unterhalb mit Alles fassenden Seidenknopfnähten geschlossen. Die Oeffnung mit den Tampons liegt etwas unterhalb der Mitte und ist zirka von Daumendicke. Feuchter Sublimatverband.

Diagnose: Extrauteringravidität, wahrscheinlich in dem dem Uterus anliegenden Theil der Tube.

Verlauf: Am 4. Tag post operat. werden die Tampons entfernt und durch einen Caoutchoucdrain ersetzt.

40 Tage nach der Operation wird die Frau gänzlich **geheilt entlassen,** nachdem namentlich auch der allgemeine Kräftezustand sehr gebessert ist, sowie das Allgemeinbefinden.

Fall IX.

Anamnese: 14. III. 1890.

L.-W., 37 J. (J. N. 1890. 87). Seit dem 14. Jahre regelmässig menstruirt. Patientin hat 4mal normal geboren. 1 Frühgeburt. Letzte Geburt 1889 im Mai normal. Patientin machte im Dezember 1889 die Influenza durch, mit sehr starkem Husten verbunden. Mitte Januar 1890 letzte regelmässige Menstruation, 8 Tage dauernd wie

früher. 3 Wochen später, Anfangs Februar, plötzlich Auftreten starker wehenartiger Schmerzen im untern Theil des Bauches, kein Erbrechen, kein Fieber. Die heftigsten Schmerzen dauerten ½ Stunde; auf vollständige Bettruhe verschwanden sie nach ½ Tag. 8 Tage später erneuter Schmerzanfall, verbunden mit starker Blutung aus den Genitalien. Der Anfall dauerte ½ Stunde. Patientin wurde ohnmächtig zu Bette gebracht. Nach 24 Stunden stellten sich bei einem Versuch, das Bett zu verlassen, die Schmerzen wieder ein, wesshalb Patientin die Klinik aufsuchte. Momentan war keine Blutung aus den Genitalien zu konstatiren. Stuhl angehalten, Exurese schmerzhaft.

Status (Chloroformnarkose): Nach rechts und vorne ein vom Uterus unabhängiger Tumor, rundlich, weich, über eigross, gegen die Beckenwand zu von fester Beschaffenheit, gegen den Uterus zu weich, fast elastisch. Uterus vergrössert, etwas anteflectirt. Sonde gleitet leicht auf 10 cm ein. Uteruswandungen ziemlich dünn, Sondenspitze leicht durch die Bauchwandung durchzufühlen. Uterushöhle weit. Cervicalhöhle weit bis zum innern Muttermund. Finger kann auf 2 cm eindringen. Eine vorgenommene Auskratzung fördert nur wenig fetzige Massen hervor.

Diagnose: Extrauteringravidität.

Operation 22. III. 1890: Bei Eröffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie fand man das Peritoneum äusserst dünn, durchscheinend, so dass die Därme deutlich durchschimmern, was die Eröffnung des Peritonealsackes erschwert. Nach Eröffnung desselben ergoss sich eine grosse Quantität dunkeln flüssigen Blutes aus der Oeffnung. Nachdem dieselbe erweitert worden war, fand man nach rechts und vorn ältere Blutgerinnsel von verschiedener Grösse. Ferner fand man nach rechts eine apfel-

grosse Masse, welche aus der Bauchwunde herausgezogen sich ergab: 1) als das vergrösserte Ovarium, 2) als die Tube, welche stark verdickt und an ihrem peripheren Ende verschlossen war. Das Fimbrienende hatte Daumendicke. Man fand an demselben eine längliche, 2 cm messende Spalte, welche in die erweiterte Tube führte. Die Tube selbst war mit einer weichen Masse angefüllt, von der es schwer zu sagen war, ob sie aus dem Ei oder aus Blutgerinnseln bestand; 3) bestand dieser Tumor aus alten Blutgerinnseln, welche Tube und Ovarium zu einer längern Masse zusammenballten. Der Uterus selbst erwies sich als um das Doppelte vergrössert. Das Ovarium links war stark vergrössert, zeigte besonders 2 über haselnussgrosse Cysten. Vorn zwischen Uterus und Blase, nach der rechten Seite sich erstreckend, fand man das Peritoneum rauh, überall mit grössern und kleinern Fetzen, Blutgerinnseln, bedeckt. Der übrige Theil der Serosa des Beckens war glatt. Die Gedärme theilweise injicirt. Vom Ei war nichts zu entdecken. Es wurden zuerst rechts Tube und Ovarium durch einen doppelten Seidenfaden einfach unterbunden, ebenso auch das vergrösserte Ovarium links und dasselbe sofort abgetragen. Hierauf in gleicher Weise mit Paquelin Tube und Ovarium rechts. Dann festere Blutgerinnsel rechts und vorn im Becken entfernt und die Bauchhöhle mit Borsalicyllösung ausgewaschen. Da es noch etwas aus der rauhen Peritonealstelle blutete, so wurde hauptsächlich aus prophylaktischer Rücksicht der Raum zwischen Uterus und Blase, sowie der Beckenraum rechts von der Abtragungsstelle von Tube und Ovarium mit 2 Salicylgazestreifen austapeziert. Naht der Bauchwunde oberhalb der Streifen mit 6, unterhalb derselben mit 3 Nähten, sowie Anlegung von drei Zwischennähten. Gewöhnlicher Verband.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab: In den Massen, die wie Blutgerinnsel aussehen, sind leicht Chorionzotten nachzuweisen. Das Corpus luteum findet sich im linken Ovarium.

Verlauf: Nach 2 Tagen Entfernung der Tamponade. Am 12. IV. 1890 konnte die Frau, wenn auch noch etwas anämisch, so doch mit gutem Allgemeinbefinden **geheilt entlassen** werden.

Fall X.

Anamnese: 5. VI. 1890.

Fl.-U. 32 J. (J. N. 1890. 170). Patientin früher stets gesund. Menstruirt seit dem 15. Jahre 4wöchentlich, 4—5 Tage dauernd, mittelstark, oft mit Kreuzschmerzen. Hin und wieder etwas bleichsüchtig. Verheirathet seit 2 Jahren. Hat 1mal geboren im Juni 1888. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gut. Kind wurde 5 Monate lang gestillt. Menstruation kehrte 4 Wochen p. p. wieder.

Im April 1890 will sich Patientin überanstrengt haben. Daraufhin seien Blutungen eingetreten, die 3 Wochen andauerten, zugleich mit Schmerzen im Abdomen, namentlich in den Leisten. Diese Ueberhebung soll während der Menstruation passirt sein. Der konsultirte Arzt verordnete Medicamente und vollständige Ruhe, konstatirte Gebärmutterentzündung. Nach 8 Tagen erneuter Schmerzanfall. Seither beständig Schmerzen im Leib. Letzte Regel vor 2 Wochen, sehr stark, 8 Tage. Seither sind die Schmerzen stärker geworden. Ausserdem starker, übelriechender Ausfluss. Stuhl angehalten. Exurese normal.

Status (Chloroformnarkose) 13. VI: Abdomen nicht aufgetrieben, wenig alte Striae. Bei der Palpation zeigt die Gegend über der Symphyse eine stärkere Resistenz, welche nach links zu bedeutender ist, als nach rechts.

Bei der kombinirten Untersuchung findet man den Uterus faustgross, deutlich in 2 Theile getrennt. Zwischen beiden Theilen eine seichte Grube. Der Theil, der median liegt, ist der Uteruskörper, der vollkommen normal etwas nach rechts und vorn geneigt ist. Vaginalportion normal gestellt und gestaltet. Der nach links gelegene Theil ist grösser als der Uteruskörper, von rundlicher Form, schmerzhaft bei der Berührung von glatter Oberfläche. Man kann den Tumor nicht vollständig von dem Uterus wegdrängen, jedoch gelingt dies Experiment so weit, dass man zwischen Uteruskörper und Tumor von oben und unten eindringen kann. Es hängt sonach der Tumor mit der Uteruskante zusammen, aber so, dass Uteruskörper und Tumor sich nebeneinander verschieben lassen, ebenso wie sich jeder Theil einzeln bewegen lässt. Die Beweglichkeit des Tumors ist durch eine Verbindung nach links und hinten etwas beschränkt. Konsistenz der Geschwulst eine feste und Ovarium links nicht zu fühlen, dagegen rechts deutlich fühlbar.

Diagnose: Fibromyoma subserosum mit ziemlich dickem Stiel oder Ovarialtumor.

Operation 26. VI. 90: Schnitt in der Medianlinie etwas oberhalb der Mitte zwischen Nabel und Symphyse beginnend bis zur Symphyse. Aeussere Haut dünn, Muskulatur und Peritoneum ziemlich blutreich, Anlegung mehrerer Schieber. Nach Eröffnung des Peritoneums Eingehen mit 2 Fingern. Man findet links neben dem Uterus einen apfelgrossen, allseitig verwachsenen Tumor, der wenig beweglich ist und nur mit Mühe in die Bauchwunde von der Vagina aus hinaufzudrängen ist. So weit es geht, wird die Geschwulst stumpf aus den Adhäsionen herausgelöst. Nach unten zu zeigt sie sich mit dem Uterus verbunden, scheint aber nicht dem Ovarium anzugehören. Eine breite Verwachsung mit einer Dünndarmschlinge lässt sich nicht stumpf lösen. Es wird desshalb an dieser

Stelle der Tumor mit Catgutfaden doppelt unterbunden und zwar so, dass noch ein zirka ½ cm breiter Rest des Tumors zurückbleibt, dann oberhalb der Unterbindungsstelle mit dem Thermokauter abgebrannt. Ein dünner nach dem Uterus zu verlaufender Strang, welcher am Tumor endigt und etwa 4 cm. lang ist, wird nahe am Uterus mit Catgut abgebunden und abgebrannt, wahrscheinlich die Tube. In dem apfelgrossen Tumor, der eine ziemlich elastische Konsistenz und eine morsche Wandung zeigte, war bei der Bemühung, ihn herauszuziehen, ein Einriss entstanden, aus dem sich schwärzlichbräunliche und fast weissgraue alte Blutgerinnsel entleerten. Von einem Fœtus nichts zu sehen. Nach gründlicher Desinfektion des zurückbleibenden Stumpfes, Ausspülung der Peritonealhöhle mit Bor-Salicyl 1 %. Da sich eine leichte Blutung aus der Ansatzstelle des Tumors zeigte, so wurde diese Gegend mittelst 2 Salicylgazestreifen prophylaktisch austamponirt. Hernach Schluss der Bauchwunde mit 10 Alles fassenden Seidenknopfnähten. Feuchter Sublimatverband.

Verlauf: Bis zum 28. oft Erbrechen. Dann Entfernen der Tamponade, an welcher eiterige Auflagerungen zu konstatiren sind.

29. VI. Trotz excitirender Therapie **Exitus.**

Pathologisch-anatomischer Bericht über das entfernte Gewebe. In der Wand des übersandten Stückes lassen sich glatte Muskeln nachweisen, ferner Bindegewebe zwischen denselben und starke Zellinfiltration längs der Gefässe. Ich halte das Stück für Tubenwand. (Prof. Langhans.)

Sektionsprotokoll vom 30. VI. 1890:

Im Becken etwa 50 ccm einer trüben, bräunlichen Flüssigkeit; die gleiche Menge in der linken Lendengegend. Die Flexur ist mit den Beckenorganen, sowie mit der Bauchwand unterhalb der Leiste verklebt, so

dass man erst nach Lösung der Verklebung den Uterus sieht. Derselbe liegt der vordern Beckenwand dicht an, wesshalb die Harnblase nicht sichtbar ist. An den linken Rand des Fundus uteri schliesst sich ein rundlicher etwas über eigrosser Tumor an, weich, von dessen linksseitigem Rand das Ligamentum latum wie in normaler Weise vom Ovarium aus nach der linksseitigen Beckenwand sich hinzieht. Von Tube und Ovarium nichts zu sehen. Die Hinterfläche des Uterus, sowie die angrenzenden Partien des Ligamentum latum sinistrum fühlen sich rauh an, wie eine Operationsfläche, sehen schwärzlich aus, ebenso die vordere Wand des Rectum. Nach Herausnahme der Beckeneingeweide sieht man, dass hier nur schwärzliche Gerinnsel in dünner Lage der Serosa aufgelagert sind. Harnblase leer, normal. Uterus normal, seine Serosa an der hintern Wand unverletzt. Von dem obigen Tumor ist der obere Theil durch eine Ligatur abgeschnürt. Beim Aufschneiden desselben eröffnet sich eine Höhle, etwa von Eigrösse, ohne Inhalt, mit braungelber rostfarbener Wand, innerhalb des obern Theils der Ligatur. Von Tube nichts zu sehen. Linkes Ovarium wird auf einem Schnitt getroffen, an seiner Rinde und einer kleinen Cyste (Follikel) leicht zu erkennen. Rechtes Ovarium und Tube normal. Tractus intestinalis: Därme und Magen stark aufgetrieben. Serosa glänzend. Es lässt sich etwas trübe Flüssigkeit abstreifen, ebenso vom grossen Netz, das stellenweise mit der vordern Bauchwand verklebt ist. Links an der vordern Bauchwand, sowie zwischen dieser und Flexur findet sich ziemlich viel Eiter in dicker Lage der Serosa aufliegend und Fibringerinnsel.

Brustorgane weisen nichts Besonderes auf. Atrophie der Milz, Verfettung der Leber. Gehirn normal.

Diagnose: Peritonitis, Atrophie der Milz, Verfettung der Leber.

Fall XI.

Anamnese: 6. IX. 1890.

C.-B. 24 J. (J. N. 1890. 282). Menstruirt seit dem 13. Jahre, monatlich regelmässig 8—9 Tage mittelstark. Patientin litt im Jahre 1883 längere Zeit an weissem Fluss infolge Gebärmuttererkrankung. Verheirathet seit 1883 ungefähr zur Zeit des Beginns des Fluors. Seither von Zeit zu Zeit immer starker Fluor. 1884 angeblich Abortus im 2. bis 3. Monat. Letzte regelmässige Menstruation im Juli. Hierauf eine Pause von 8—9 Wochen, worauf die Menses in den ersten Tagen September wieder eintraten und etwa 14 Tage andauerten. Während dieser Zeit trat die Patientin in das Spital ein. Nach 14 Tagen kam es nach einer Untersuchung zu einer 2tägigen Blutung. Anfangs Oktober. Während jener Zeit des Aussetzens der Menstruation 3mal je $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde lang stechende krampfartige Schmerzen im Bauch mit Uebligkeiten und Brechen.

Beschwerden: Seit 3 Wochen Schmerzen in der linken Bauchseite, ab und zu Erbrechen und Fieber. Kreuzschmerzen. Exurese öfters mit schmerzhaftem Brennen verbunden.

Status in Narkose 8. IX.: Leib etwas aufgetrieben. In den Brüsten keine Milch. An der Scheide und portio vaginalis keine deutlichen einer Schwangerschaft entsprechenden Veränderungen. Der etwas erweiterte, antevertirte Uterus wird nicht sondirt. Rechtes Ovarium nicht verändert, beweglich. Von der linken Kante des Uterus, ungefähr dem Ansatz der Tube entsprechend, geht ein plattgedrückter länglicher Strang gegen die linke seitliche Beckenwand hin. Am Ende desselben eine Anschwellung von Kleineigrösse, nicht ganz frei beweglich, sondern durch Adhäsionen nach hinten und links fixirt. Mit

grosser Wahrscheinlichkeit das vergrösserte Ovarium mit Tube.

19. IX. Patientin klagt seit 3 Tagen über Schmerzen namentlich in der linken Leistengegend. Bei der Untersuchung ergibt sich ein wesentlich anderes Bild. Es findet sich eine derbe Resistenz bei der äussern Untersuchung in der linken Bauchseite bis zum Nabel aufsteigend mit etwas unregelmässigen Grenzen, nach rechts zu die Medianlinie etwas überragend und allmälig nicht scharf abgegrenzt sich verlierend. Leise Perkussion ergibt die gleichen Grenzen wie die Palpation. Die innere Untersuchung ergibt: Uterus deutlich nach vorne gegen die Symphyse gedrängt. Im hintern Scheidengewölbe und links die aussen zu fühlende Resistenz. Beweglichkeit des Uterus verschwunden. Das Aussehen der Patientin hat sich etwas verändert. Sie scheint blasser als zuvor. Der Puls etwas schwach und beschleunigt. Stuhlgang und Exurese normal.

26. IX. Heute Klagen über Schmerzen im Leib, namentlich links, ferner Stuhlbeschwerden und 1mal Erbrechen.

Status (Chloroformnarkose) 2. X. 1890: Leib wenig aufgetrieben. Eine Differenz zwischen rechts und links mit dem Auge nicht zu erkennen. Bei der Palpation finden sich auf der linken Seite feste Massen, die nach rechts bis in die Medianlinie, nach oben bis zur Nabelhöhe reichen. Die vordere Fläche glatt, fest anzufühlen. Diese Masse erstreckt sich nach links und unten bis zur Darmbeinschaufel; nach links und oben verbreitet sie sich ohne scharfe Grenzen im Hypochondrium. Bei der innern Untersuchung findet man den Uterus mit dem Fundus nach rechts geneigt, die Vaginalportion ist nach links gerichtet. Der Uteruskörper ist anteflektirt. Uterus lässt sich in der angenommenen Richtung hin und her bewegen und zeigt sich unabhängig gegenüber der von aussen fühl-

baren Masse. Die letztere ist von der Vagina aus schwer zu erreichen und ganz unverschieblich. Auskultation über derselben ergibt ein negatives Resultat. Uterus nicht vergrössert. Aeussere Genitalien und Vagina nicht aufgelockert, nicht besonders gefärbt. Brüste klein, fest. Kein Colostrum nachweisbar.

Status (Chloroformnarkose) 16. Oktober: Leib mässig aufgetrieben; bei der Betastung eine starke Resistenz aufweisend, die sich median bis oberhalb des Nabels, rechts etwas höher hinauf erstreckt. Links geht sie mehr diffus in das Hypochondrium über. Die Percussion ergibt oberhalb der Symphyse hellen Darmton; der Ton nimmt aber ab auf der vorhin erwähnten Resistenz. Bei der innern Untersuchung findet man keine Auflockerung und Verfärbung der äussern Genitalien und der Vagina. Uterus mittelst der Sonde ausgetastet: normal gross, von normaler Konsistenz, etwas nach rechts zu geneigt. Hinter und über dem Uterus fühlt man die Resistenz. Es lässt sich die Masse etwas nach oben zu verschieben, jedoch nur schwer. Fluktuation ist nicht zu erkennen.

Diagnose: Offen gelassen.

Temperaturen während des Spitalaufenthaltes vor der Operation:

Morgens zwischen 36,5°—38,3. Puls 82—116
Abends „ 37,0°—39,1. „ 86—116

Operation (Chloroformnarkose) 20. Oktober: Zuerst wird eine etwa 5 cm. lange tiefe Wunde median über der Symphyse angelegt; Ligatur einer stark spritzenden Arterie. Nach Durchtrennung des linken Muse. rectus stösst man auf das stark verdickte Peritoneum. Bei vorsichtiger Incision kommt man schliesslich auf eine flachrunde Höhle von 10 cm. Durchmesser, von unregelmässigen Bändern umgeben. Eine zweite Höhle lässt sich rechts und oben durch Zerstörung einer Zwischenwand

nachweisen. Ebenso findet man nach rückwärts zu grössere Gänge, die nach hinten und links zu mit alten und frischen Blutgerinnseln ausgefüllt sind. Nach links zu noch ein apfelgrosser Tumor, oberhalb der Wunde liegend. Derselbe wird von der Wunde aus eröffnet, Gerinnsel werden entfernt. Es bleibt noch unten und vorn ein fester polypöser Körper hängen. Auch diese Höhle wird wie die andern fest austamponirt. Im Ganzen 7 Salicylgazestreifen. Die Wunde, welche bis zum Nabel verlängert worden war, wird durch eine Doppelnaht vereinigt. Catgut, oberflächliche Seide. 2 Nähte werden noch im untern Wundwinkel angelegt und durch eine Reihe von Nähten die Oeffnung in der Wand umsäumt.

Verlauf: 23. Entfernung der Tamponade, keine Blutung. Täglich Verbandwechsel, Tamponade mit 1 Streifen.

17. XI. Die Bauchwunde, mit Ausnahme einer rhombischen Ulcerationsfläche von 3 cm Länge und 2 cm Breite, ganz geschlossen. In dieser Ulcerationsfläche lässt sich die Sonde auf 3 cm nach oben zu einführen. Bei der doppelten Untersuchung fühlt man rechts von dem Nabel eine flächenhafte undeutliche Resistenz, links ist bei der innern Untersuchung nichts mehr zu erkennen. Entlassung mit Bandage.

Pathologisch-anatomischer Befund: In den sehr reichlichen Blutgerinnseln nur an wenigen Stellen Bilder, die in Form an Quer- und Längsschnitte von Zotten erinnern. Dieselben sind solid, bestehen aus Bindegewebe mit wenig länglichen Kernen, sind gefässlos und von einem schmalen körnigen Epithel bedeckt, das dem Zottenepithel gleicht, aber ohne Kernfärbung. Es sind höchst wahrscheinlich Zotten, doch lässt sich dies bei der mangelhaften Kernfärbung nicht mit Sicherheit sagen. Jedenfalls aber sind diese Zotten, wenn es solche sind, einige Zeit ausser Function.

Fall XII.

Anamnese: 17. VI. 1891.

H.-Tsch., 36 J. (J. N. 1891. 190). Menstruirt seit dem 16. Jahre, 3—4wöchentlich, 6—7 Tage ohne Molimina. Patientin will nie an Fluor albus gelitten haben. Stuhl und Exuresc sollen immer in Ordnung gewesen sein. 4 Geburten. 1. Geburt 1877 Zange, 2. Geburt 1881, 3. Geburt 1885, 4. Geburt 1890. Die drei letzten Geburten spontan, 3. und 4. in der Anstalt. Wochenbetten normal. Frau stillte ihr Kind bis Ende Mai dieses Jahres. Menstruation trat wieder ein Mitte März 1891, 6—7 Tage dauernd, wie gewöhnlich, stark, ohne Molimina. Letzte regelmässige Menstruation Anfangs April. Im Mai trat nun auf einmal eine 3 Wochen dauernde starke Blutung aus den Genitalien auf ohne bekannte Ursache. Nach 2 Wochen wieder stärkere Blutung, welche am 17. Juni die Patientin veranlasste, die Klinik aufzusuchen.

18. VI. 1891. Man konstatirte einen inkompleten Abortus im 3. Monat, welcher mit der Curette ausgeräumt wurde, worauf eine heisse intrauterine Sublimatausspülung vorgenommen wurde. Vor dem Curettement war der Stand des fundus uteri in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Da zu gleicher Zeit im Douglas eine faustgrosse Geschwulst konstatirt wurde, transferirte man die Patientin auf die gynäkologische Abtheilung. Das Wochenbett war mit Ausnahme einer 2—3 Tage dauernden abendlichen Temperatursteigerung auf 38,0 bis 38,3° normal. Allgemeinbefinden der Frau ungestört.

Klinische Vorstellung 3. VII. 1891: Abdomen aufgetrieben wie im 4. und 5. Monat einer Gravidität. In der Mittellinie fühlt man eine elastische Resistenz, welche bis 2 cm unter den Nabel hinaufreicht. Die innere Unter-

suchung ergibt die Vaginal-Portion nach vorn zu gedrängt, im Douglas eine dem Resultat der äussern Untersuchung entsprechende fluctuirende Masse, von der sich der Uteruskörper nicht abtrennen lässt. Der Tumor hat seit der Spitalaufnahme der Frau eher an Grösse zugenommen; Konsistenz wie damals. Dies Verhältniss spricht gegen eine Deutung des Tumors als Hämatocele. Eher könnte man an eine Extrauteringravidität denken. Eventuell kommt in Betracht ein Ovarialtumor oder eine parovarielle Geschwulst, welche durch ihr Wachsthum den Abortus bewirkt hätten.

Status in Narkose 4. VII.: Der Tumor im Douglas ist etwas am Uterus verschieblich. Von einer Hämatocele keine Rede, für ein Exsudat fehlt die Temperatursteigerung, für Extrauteringravidität fehlen bei der Grösse des Tumors die Symptome einer Entzündung in dessen Umgebung. Ein Ovarialtumor entspricht dem Symptomenkomplex am meisten, während bei einem Parovarialtumor der Uterus mehr nach der Seite zu geschoben ist.

8. VII. 1891. Keine Blutung seit dem 4. VII. Curettement zum Zweck einer nochmaligen pathologisch-anatomischen Untersuchung. Täglich eine intrauterine Sublimatausspülung 1 : 2000. Nie Temperatursteigerung.

19. VII. Frau steht auf. Allgemeinbefinden ordentlich.

Status 24. VII. 1891: Bei der äussern Untersuchung Tumor in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Direkt hinter letzterer findet man bei der innern Untersuchung die Vaginal-Portion. Cervicalhöhle nimmt zwei Finger auf. Tumor ist gewachsen. Uterus ist nicht grösser geworden, liegt oberhalb der Symphyse vor dem Tumor. Konsistenz ist dieselbe wie früher.

Operation in Chloroformnarkose 28. VII. 1891: Eröffnung der Bauchhöhle in der gewöhnlichen Weise. Der Tumor ist mit dem Douglas völlig verwachsen, nur nach

oben zu findet sich eine ungefähr fünffrankenstückgrosse freie Stelle. Der Tumor selbst, der bei unmittelbar vor der Operation vorgenommener doppelter Untersuchung sich etwas fester zeigte wie früher, wird tief im Douglas von seinen Verwachsungen losgelöst; dies gelingt leicht unter ziemlicher Blutung. Es wird dann von der Vagina aus der Tumor vorsichtig in die Höhe gedrängt und dann erst unten vollständig aus dem Douglas losgelöst. Uterus mit seiner Hinterfläche vollständig mit dem Tumor verwachsen. Der Tumor von kolbenförmiger Gestalt wird bis in die Nähe der Bauchwunde unversehrt gebracht, platzt dann aber durch plötzlichen starken Zug an seinem untern schmalen Ende, ohne jedoch seine Gestalt zu verändern. Tumor durch Stiel mit linker Uteruskante verbunden, wohl die stark ausgedehnte linke Tube (Tubarschwangerschaft). Tumor wird nach Unterbindung auf der Langenbeck'schen Klammer mit dem Paquelin abgetragen. Ovarium rechts in den Adhäsionen nicht zu finden. Schluss der Bauchwunde in dreifacher Etagennaht: 1. Seidenknopfnähte für gesammte Bauchwand, 2. Silberdrahtnähte für Peritoneum, Muskulatur und deren Scheide, 3. Seidenknopfnähte zum vollständigen Verschluss der Hautwunde. Salicylgazeverband.

3. VIII. Entfernen der Nähte. Höchste Temperatur seit der Operation 37,8 °. Puls 104.

Entlassung mit Bandage 13. VIII.: Uterus normal gross, in der Mitte des Beckens, leicht beweglich. Im hintern Scheidengewölbe noch eine eigrosse, diffuse, schwer abgrenzbare Masse von etwas schwer abgrenzbarer Oberfläche, mittlerer Konsistenz; schwer beweglich.

Pathologisch-anatomischer Befund 8. VII. 1891: Nur Mucosa mit normalem Stroma, Drüsen, ziemlich viel glatten Muskeln. Vereinzelte Eiterkörper, kein Sarkom- oder Decidualgewebe.

Tubargravidität. 28. VII. 1891: Der Sack besteht aus der erweiterten Tube. In dem darin liegenden Blutcoagulum nekrotische Chorionzotten und Decidualfetzen.

Fall XIII.

Anamnese: 3. V. 1886.

L.-B. (J. N. 1891. 270). 36 J. 2 p.: **1. Spitalbehandlung:** 3. V. 1886. War als Kind gesund. 1. Menstruation mit 15 Jahren. Menses 4wöchentlich, regelmässig 8 Tage dauernd, stark. 1. Geburt 1881 normal. 2. Geburt 1886. Anfangs des Jahres Abortus im 3. Monat. 8 Tage nachher bekam Patientin Stechen auf der linken Seite, Diarrhöe. Wurde mehrere Wochen an Magenkatarrh behandelt. Die Frau schreibt dem beim Abortus stattgehabten Blutverluste und der seither innegehaltenen strengen Diät die gegenwärtige grosse Schwäche zu, welche sie veranlasste, die letzten 5 Wochen das Bett zu hüten. Fieber soll nicht vorhanden gewesen sein. In den letzten Tagen versuchte Patientin, aufzustehen, bekam aber dabei Schmerzen im Unterleib, wegen welcher sie das Spital aufsucht. Appetit null, Stuhlgang eher diarrhöisch, Exurese normal. Die Menses sind seit dem Abortus nicht wieder eingetreten. Für letztern kann Patientin keine Ursache angeben.

Status vom 4. V.: Uterus von normaler Grösse. Sonde gleitet sehr leicht ein. Hinter dem Uterus unregelmässige, sehr empfindliche Massen. Damit im Zusammenhang steht links vom Uterus ein apfelgrosser Tumor, welcher sowohl mit dem Uterus als mit der Beckenwand in Verbindung steht, schwer beweglich ist und ein Gefühl wie Pseudo-Fluctuation erkennen lässt. Die Contouren desselben sind jedoch schwer zu erkennen. Im Speculum ist ein wallnussgrosser Tumor in der vordern

Vaginalwand sichtbar. Derselbe sitzt breit auf, hat blassrothe glänzende Oberfläche und macht den Eindruck einer Cyste.

7. V. 1886. Das Abdomen ist auf der rechten Seite empfindlich bei Druck. Bei der innern Untersuchung findet man die Vaginal-Portion von normaler Beschaffenheit, den Muttermund etwas geöffnet. Das hintere Scheidengewölbe ist ausgefüllt durch harte, unregelmässige, zerklüftete Massen; dieselben erstrecken sich sowohl nach rechts als nach links; links jedoch liegt ein apfelgrosser Tumor bis an die Vaginal-Portion heranragend. Der Uteruskörper kann nur bei ganz genauer Untersuchung als vorderer Theil der oben beschriebenen Massen erkannt werden. Die Massen liegen im Douglas'schen Raum; links hat man wahrscheinlich ein vergrössertes Ovarium.

Status 19. V. 1886: Uterus nach rechts geneigt, normal gross; hinter demselben eine unregelmässige, äusserst empfindliche Masse im Douglas'schen Raum. Nach links und hinten ein schwer beweglicher, etwas elastischer, scharf zu umschreibender Tumor von Eigrösse.

5. VI. 1886. Entfernung einer nussgrossen Cyste der vordern Vaginalwand. Wundverlauf ganz glatt.

25. VI. 1886. Nach links vom Uterus ein kleineigrosser Tumor, nach rechts ein etwas kleinerer, zwischen beiden eine undeutliche, schwer zu fühlende Masse. Der Tumor links ist das linke vergrösserte Ovarium, derjenige rechts das rechte Ovarium, welches noch als normal angesehen werden kann. Patientin, welche keine Schmerzen mehr hat, wird entlassen. Puls und Temperatur immer normal.

17. VIII. 1886. Hie und da Schmerzen im ganzen Abdomen. Letzte Menstruation vor 3 Wochen, stark. Sonst hat Patientin keine Klagen. Man findet den Uterus

retrovertirt, es lässt sich derselbe jedoch mit Leichtigkeit in die Höhe bringen. Der Tumor rechts von stark Nussgrösse. Links das Ovarium etwas vergrössert.

2. Spitalaufnahme den 25. VIII. 1891. Seit Mai 1890 ist Patientin verheiratet. Dieselbe hat seit der Geburt vor 11 Jahren nicht mehr geboren. Seit dem Austritt aus dem Spital hatte Patientin nach den Menses jeweilen während 8 Tagen Schmerzen im Abdomen. Den 26. VI. 1891 Menses noch wie gewohnt. Ungefähr am 10. VIII. will Patientin eine Fehlgeburt durchgemacht haben nach Aussage der Hebamme. Nachher Schmerzen im Bauch, Frösteln und Uebligkeiten. Patientin hat bis zur Aufnahme das Bett gehütet.

Status in Narkose 26. VIII. Bei der äussern Untersuchung findet man links oberhalb des Poupart'schen Bandes einen Tumor von unbestimmten Contouren, etwa 3 Finger breit über den Beckeneingang hinaufragend. Die innere Untersuchung ergibt Uterus normal gross, mit dem Fundus nach rechts geneigt, von unten nach oben leicht beweglich. Links vom Uterus ein faust- bis kindskopfgrosser Tumor, identisch mit dem von aussen fühlbaren, zeigt eine etwas unregelmässige Oberfläche, ferner an einigen Stellen elastisches Gefüge, an andern Fluktuation, lässt sich etwas in die Höhe schieben, aber nicht aus dem Beckenkanal herausdrängen. Man hat den Eindruck, als ob Tumor mit der Nachbarschaft verwachsen ist.

Diagnose: Offen gelassen.

Operation (Chloroformnarkose) 28. VIII. 1891: Eröffnung der Bauchhöhle in einer Ausdehnung von etwa 10—12 cm in der gewöhnlichen Weise. Beim Eingehen mit der Hand findet man neben dem Uterus und links den Tumor von etwas schlaffer Beschaffenheit und vollständig mit den Gedärmen verwachsen. Schon beim 1. Versuch, loszulösen, erfolgt ein Erguss von flüssigem

schwarzem Blut. Die Loslösung des Sackes erfolgt unter starker Blutung und reisst hierbei der Sack ein. Die Hand gelangt nun in eine kleinfaustgrosse Höhle, welche mit Massen ausgefüllt ist, welche sich wie alte Gerinnsel ausnehmen. Bei Ausräumung der Höhle kommen ferner noch Massen zum Vorschein, die für Placentargewebe gehalten werden müssen, ebenso findet man ein mehrere Centimeter langes Gebilde, welches man für den Ueberrest eines Nabelstrangs halten muss. Es wird sodann der Sack abgetrennt und auf die Wunde gebracht, wo eine Ligatur angelegt wird. Zwischen dem Uterus und dieser Ligatur findet sich ein ovales Gebilde, welches man für das linke Ovarium halten muss. Es wird sodann noch eine 2. Ligatur in der Nähe des Uterushornes angelegt. Bei näherer Untersuchung ergibt sich, dass es aus der Tiefe des Beckens ziemlich stark blutet, wesshalb die Beckenhöhle und der untere Theil des Abdomens mit 6 Salicylgazestreifen ausgelegt wird, worauf die Blutung steht. Naht der Bauchwunde in der gewöhnlichen Weise.

28. VIII. Abends. Hohe Anämie. Analeptica.

30. VIII. Aufstossen, Schwäche.

1. IX. Kotherbrechen. Entfernen der Streifen. In der Bauchhöhle findet sich viel lackfarbenes Blut.

3. IX. Aus der Bauchfistel entleert sich viel jauchige, stark riechende Flüssigkeit. Borsalicylausspülung. Schwäche.

8. IX. Patientin ist stets sehr schwach. Bricht heute heftig.

13. IX. Hochgradige Schwäche. **Exitus** 14. IX. 1891, 2 Uhr Morgens.

Höchste Temperatur 38,8 °. Puls 156.

Niedrigste Temperatur 37,0 °. Puls 92.

Pathologisch-anatomischer Befund 29. VIII. 1891: Tubenschwangerschaft. In den die Innenfläche des Sackes

auskleidenden Blutgerinnseln deutliche, gefässreiche Chorionzotten mit Epithelbedeckung.

Sektionsprotokoll vom 14. IX.: Uterus und Blase verdeckt durch ein Conglomerat von Darmschlingen, die unter sich und mit der Flexur verwachsen sind. Zwischen diesem Conglomerat von Darmschlingen und der hintern Beckenwand der Douglas'sche Raum frei. Die Serosa der Därme nach dem Abstreifen des Blutes matt. Nach Lösen der im kleinen Becken gelegenen Darmschlingen gelangt man in eine Höhle, welche ausgefüllt ist mit einem dickgelblichen Eiter. Diese Höhle communicirt mit der Wunde in der Bauchwand; nach hinten wird sie begrenzt von dem Knäuel von Darmschlingen, nach vorn von der Hinterfläche des Uterus und dem obern Theil der hintern Blasenwand. Die Innenfläche von dicken, fibrinösen Membranen bedeckt. Uterus etwas nach rechts verlagert, von normaler Grösse, ebenso das rechte Ovarium. Blase enthält sehr wenig Inhalt, Wand schlaff. Zwischen Cœcum und seitlicher Bauchwand ausgedehnte Adhäsionen. In denselben scheint ein Stück der graviden rechten Tube zurückgeblieben zu sein; darin finden sich zirka 150 cm^3 flüssiges Blut, welches sich beim Durchschneiden der Adhäsionen in die Bauchhöhle ergiesst. Innenfläche des Uterus nichts Besonderes. Im rechten Ovarium 2 Corpora lutea. Starke Anämie aller innern Organe.

Diagnose: Tubenschwangerschaft operirt. Anämie.

Fall XIV.

Anamnese: 17. VI. 1892.

Sch.-A., 37 J. (J. N. 1892. 211). Patientin hereditär nicht belastet, war früher stets gesund. Erste Menstruation zu 14 Jahren, regelmässig 4wöchentlich, 3 Tage dauernd,

ohne Schmerzen. Patientin hat 9mal geboren und 3mal abortirt. Geburten normal. Im 1. Wochenbett Fieber, die andern Wochenbetten normal. Kinder wurden nicht gestillt. Letzte Geburt vor 1 Jahr.

Beschwerden: Seit Anfang des Jahres starke Schwäche, nachdem im Dezember die Menses einmal 6 Wochen ausgesetzt hatten. In dieser Zeit will Patientin schwangerschaftsähnliche Beschwerden gehabt haben. Seit April heftige, fast täglich auftretende Blutungen mit starken, wehenartigen Schmerzen im Abdomen. Es sollen hierbei manchmal Fetzen abgegangen sein. Geringer Ausfluss. Seit 14 Tagen haben die Blutungen aufgehört. Schmerzen beim Wasserlassen. Stuhlgang in Ordnung.

Klinischer Status vom 21. VI. 1892: Sehr anämische Frau. Hämoglobingehalt 55 %. Aus den Mammæ entleert sich auf Druck Colostrum. Handbreit oberhalb der Symphyse eine Resistenz, die nicht weit nach den Seiten herüberreicht, diffus, wegen starken Spannens nicht abzugrenzen. Innerlich: Vaginalportion nach vorn, im hintern Scheidengewölbe eine Resistenz, die mit dem oben erwähnten Tumor in Zusammenhang steht. Uterus abtastbar, nach vorn liegend. Erster Ton an der Herzspitze unrein.

Status in Narkose 24. VI. 1892: Tumor nach links, Konsistenz weich, keine Fluktuation. Tumor nach links von der Beckenwand abschiebbar, hat rechts eine Fortsetzung bis zur Beckenwand, durch einen Sulcus getrennt.

Diagnose: Exsudat oder Extrauteringravidität.

27. VII. In der Nacht waren Zeichen von innerer Blutung aufgetreten und nun die Diagnose auf Extrauteringravidität festgestellt.

Operation in Aethernarkose 27. VI. 1892: Eröffnung der Bauchhöhle vom Nabel bis zur Symphyse. Es ent-

leert sich eine blutig-wässerige Flüssigkeit. Links findet man einen halbweichen Tumor. Uterus nach rechts vorn gedrängt. Bei näherer Betastung erfolgt mässige Blutung. Der Tumor, der an seinem obern Abschnitt frei von Gedärmen war, wurde mit der Hand durchbrochen, und entleerten sich sofort grössere Massen geronnenen Blutes, welche entfernt wurden. Es ergab sich nun ein den ganzen Douglas ausfüllender Sack, an dessen vorderer Wand ein unregelmässiger eigrosser Körper gelagert war. Derselbe wird an die Bauchwand gezogen und erweist sich als die geschlängelte, stark erweiterte Tube. Dieselbe zeigte einen Riss, von dem man annehmen konnte, dass er erst während der Operation entstanden war. Es wurde die Tube am uterinen Ende doppelt unterbunden und abgetragen. Im Stumpf fand man noch eine Höhle von Bleistiftdicke. Dieselbe wurde mit Acidum nitricum fumans cauterisirt und durch einige Catgutnäthe vereinigt. Das Ovarium rechts erweist sich als normal. Es wurde hierauf der Sack und das Abdomen mit sterilisirter Kochsalzlösung ausgespült, und hierauf der Sack mit 7 Salicylgazestreifen tamponirt. Schluss der Abdominalhöhle mit 2 Etagen von Seidennähten.

Verlauf: Komplizirt durch Eiterung der Bauchwunde, wahrscheinlich vom Nahtmaterial herrührend.

6. VIII. **Entlassung** an den Hausarzt. Uterus etwas anteflectirt, von normaler Grösse, hinteres Scheidengewölbe etwas resistent, jedoch weich und schmerzlos. Im untern Theil der Narbe eine fast nicht secernirende Fistel von geringer Tiefe. Allgemeinbefinden gut.

Pathologisch-anatomischer Bericht: An dem Präparat lassen sich die makroskopischen Verhältnisse wegen der Einwirkung des Spiritus nur schwer erkennen. Die kugelige Masse, 4 cm Durchmesser, ist aussen mit geronnenen, dünnen Blutlagen bedeckt, welche jede weitere Zeichnung

verdecken. An den einen Pol schliesst sich ein Gebilde an, das wie die Windung einer etwas dicken Tube aussieht und sich etwas fester anfühlt als das übrige Gewebe; doch lässt sich durch das Gefühl nicht erkennen, ob dieselbe in den Sack sich inserirt. Die Schnittfläche des letztern sieht aus wie Blut, schwarzroth, keine braune Farbe. Das Gerinnsel ist also frisch.

Mikroskopischer Befund: In der Wand des Sackes an einzelnen Stellen viel glatte Muskeln, also Tubenwand. An einer Stelle ist die Wand von dem Blutgerinnsel abgehoben und trägt hier noch Epithel und selbst Falten, wie die normale Tubenschleimhaut. Im Blutgerinnsel hie und da einzelne Chorionzotten, ganz nekrotisch.

Das Ovarium ist noch vorhanden, seine Betheiligung an dem Sacke auszuschliessen.

Graviditas tubaria.

Bevor wir zu einer eingehenderen Betrachtung des mitgetheilten Materials schreiten, scheint es nicht ganz überflüssig, kurz auf die Zugehörigkeit der Fälle VI, VIII und X zu sprechen zu kommen:

VI. Beobachtung. Wie aus dem Sektionsprotokoll ersichtlich, handelt es sich um einen von der rechten Tube und dem rechten Ovarium unabhängigen Sack von mässiger Dimension, der eine ausgebildete Membran als Mantel besitzt und in dessen Innerm Blutgerinnsel sich befinden. Seine Ansatzstelle nimmt er mit ziemlich festen Adhäsionen von der hintern Fläche des Uterus und der rechtsseitigen Becken-

serosa. Gleichzeitig sei noch einmal auf die Umwandlung der Mucosa uteri hingewiesen, welche dem Verhalten entspricht, wie es der ektopischen Schwangerschaft ganz gewöhnlich zukommt. Wir können die Veränderungen wohl, obschon leider kein mikroskopischer Bericht vorliegt, als Decidua ansprechen. Da der Tumor selbst eine deutlich ausgesprochene, ziemlich dicke membranöse Hülle besitzt, so fällt die einzige Möglichkeit, dass wir es mit einer abgekapselten Hämatocele retrouterina zu thun haben könnten, dahin. Es spricht schliesslich auch die Anamnese allein schon mit einiger Wahrscheinlichkeit für den graviden Zustand der Patientin, so dass es in hohem Grade gerechtfertigt ist, diesen Fall als ektopische Schwangerschaft mit in unsere Betrachtung zu ziehen.

Noch klarer liegen die Verhältnisse bei **Fall VIII.** Hier handelt es sich um einen mit alten Blutgerinnseln angefüllten, eine direkte Kommunikation nach der rechten, vergrösserten Tube aufweisenden Sack mit 1 cm dicker Wandung. Der einzige eventuell in Betracht kommende Zustand, der ein ähnliches Bild liefern könnte, die Hämatosalpinx infolge einer Atresie, ist schon vom anamnestischen Standpunkte betrachtet auszuschliessen.

X. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, dass die excidirte Wand des Sackes als Tubenwandung anzusehen ist. Dies im Verein mit dem blutigen geronnenen Inhalt und dem Mangel an andern Momenten,

welche eine Hämatosalpinx bewirken könnten, lässt keinen Zweifel bestehen, dass es sich um eine Tubargravidität handelt.

Zur Frage der **Aetiologie** bietet das hier zu besprechende Material keine wesentlichen Anhaltspunkte. Die erstangeführte Patientin will allerdings eine Peritonitis puerperalis im Anschluss an Abortus durchgemacht haben; doch bietet uns das Sektionsprotokoll dafür keine besondere Aufklärung, da die aufgefundenen Adhäsionen höchst wahrscheinlich wohl erst im Laufe der Gravidität entstanden sind.

Fall III negativ, da infolge des günstigen Verlaufes sonstige Veränderungen im Genitaltractus nicht nachgewiesen werden konnten. **II, IV, VII, VIII, IX, X, XII, XIV negativ.**

V. Nach der vorausgegangenen Geburt intensives Puerperalfieber; doch ergibt der Operationsbericht hierüber nichts Besonderes.

VI. Vage Behauptung der Patientin, dass sie nach der letzten Geburt an einer «Gebärmutterknickung» gelitten habe.

XI. Patientin litt 7 Jahre vor der jetzigen Erkrankung an Fluor albus infolge eines Gebärmutterleidens und machte im Jahre 1884 angeblich einen Abortus durch.

XIII. Hier handelt es sich um eine Frau, welche längere Zeit vor der fatalen ektopischen Gravidität wegen Perimetritis und Oophoritis sinistra behandelt wurde. Da der Sitz des Eies sich wirklich auf der linken Seite befand, so liesse sich wohl denken, dass die vorausgegangene Perimetritis in ursächlichem Zusammenhang mit der Extrauteringravidität steht.

Wir können somit aus unsern Fällen eher nur ein negatives Resultat für die Aetiologie der vorliegenden Affektion ziehen. Es drängt sich der Gedanke auf, dass, wenn durch puerperale oder sonstige Erkrankungen im kleinen Becken die Momente bedingt werden, welche erfahrungsgemäss zu ektopischer Gravidität führen können, diese Prozesse unter ganz geringfügigen Symptomen verlaufen können, welche namentlich von etwas indolenten Personen, wie sie mitunter die gewöhnliche Spitalpraxis aufweist, nicht bemerkt werden.

12mal handelt es sich um Frauen, die schon mehrere Male geboren haben, einmal um eine Patientin, die 6 Jahre zuvor einen Abortus durchgemacht hat, und einmal um eine Frau, welche 2 Jahre vorher normal niedergekommen war. Der Zeitraum der letzten Geburt schwankt in erheblichen Grenzen, zwischen 14 Jahren bis zu ½ Jahr. In 7 Fällen sind seit der letzten Geburt 3 und mehr Jahre verstrichen, so dass wir auch hier das Verhältniss antreffen, dass ektopische Gravidität namentlich bei Mehrgebärenden auftritt, welche längere Zeit steril geblieben sind.

Symptomatologie und Diagnose.

In 6 Fällen (I, III, VI, VII, IX und XIV) wurde vor der Operation die bestimmte Diagnose auf Extrauteringravidität gestellt; 3mal wurde die Diagnose ganz offen gelassen (VIII, XI und XIII). Die Affektion wurde als Ovarialtumor gedeutet in Fall II, IV, V und XII. Bei Pat. X schwankte man in der Annahme zwischen subserösem Uterusfibroid und Ovarialtumor.

VI. Hier mussten schon die im Zusammenhang mit unmotivirt auftretenden Schmerzen vorhandenen Blutungen, das Auftreten einer Geschwulst im Abdomen von so verschiedener Konsistenz und das gleichzeitige Vollerwerden der Brüste, welche auf Druck Secret entleerten, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf ektopische Schwangerschaft hinlenken. Der Nachweis des nicht schwangern Zustandes der Gebärmutter erhöhte die Sicherheit der Diagnose bedeutend.

VII. Die Genitalien wiesen die für Gravidität charakteristischen Veränderungen auf, der Uterus war leer, 8 cm. lang, was im Zusammenhang mit dem dem Uterus anliegenden Tumor keinen Zweifel an der Natur der Affektion obwalten liess.

Anamnese, sowie Status des Falles **IX** stellten die Diagnose ziemlich sicher: plötzliches Auftreten starker wehenartiger Schmerzen mit Blutungen verbunden, Vergrösserung des leeren Uterus und das

Vorhandensein des Tumors im Abdomen, mit Ausgangspunkt von den Genitalien.

Abgesehen von den Fällen **I** und **III**, wo die Diagnose selbstredend war, wurden also als Hauptcharakteristikum die den Genitalien eigenthümlichen Schwangerschaftsveränderungen, die Leere des Uterus mit gleichzeitiger Tumorbildung im kleinen Becken, sowie die anamnestisch eruirbaren Störungen in der Menstruation aufgefasst. Im letzten Fall Zeichen innerer Blutung bei suspectem Tumor im Abdomen.

Von Ausstossung einer Decidua uterina war in 4 der diagnosticirten Fälle keine Rede, während sich der angebliche Abortus in Beobachtung I wohl am ungezwungensten als solche deuten lässt.

Um uns die auf den ersten Augenschein etwas merkwürdig erscheinende Thatsache zu erklären, dass in 57,14 % die bestimmte Diagnose nicht gestellt wurde, müssen wir etwas näher auf die Fälle eingehen:

Beobachtung **II**: Intrauteringravidität komplizirt mit extrauteriner Schwangerschaft. Wie aus der Krankengeschichte ersichtlich ist, wurde die Möglichkeit einer gleichzeitigen ektopischen Gravidität in Betracht gezogen; doch gab die Frau bestimmt an, in dem Tumor keine Kindsbewegungen verspürt zu haben. Die feste, prall-elastische Beschaffenheit der Geschwulst, welche nirgends Kindstheile erkennen liess, musste bei ihrem Zusammenhang mit dem Uterus die Diagnose auf komplizirenden Ovarialtumor naturgemäss stellen lassen. Dass die Auscultation ein

negatives Resultat ergab, ist klar, da der Fœtus abgestorben war. Auch das nicht so seltene Vorkommen solcher die Gravidität komplizirender Ovarialtumoren musste hier den Entscheid zu Gunsten der letztern Diagnose fällen.

Beobachtung **IV.** Mit Ausnahme der plötzlich 9 Wochen vor Spitaleintritt sich geltend machenden Blutungen von 3wöchentlicher Dauer wird kein Symptom angegeben, welches auf den Gedanken einer Extrauteringravidität hätte führen können. Der Tumor war von cystischer Beschaffenheit, mit dem Uterus seitlich zusammenhängend, so dass bei Mangel jeglicher Graviditätserscheinungen die Diagnose auf Cystoma ovarii gestellt wurde.

V. Ganz analog verhält es sich auch mit diesem Fall, wo weder aus anamnestischen Angaben, noch aus dem Befund sich irgend ein Anhaltspunkt für Extrauteringravidität ziehen liess. Diagnose: Ovarialtumor.

VIII. Diagnose musste hier offen gelassen werden, indem nur im Allgemeinen eine mit Flüssigkeit angefüllte Höhle angenommen wurde.

X. Die Schwierigkeit, ja die eventuelle Unmöglichkeit der Diagnose einer ektopischen Schwangerschaft bei ungünstigen Verhältnissen zeigt uns dieser Fall klar: kein Ausbleiben der Menstruation, keine Schwangerschaftsveränderungen am Körper der Frau; Konsistenz des Tumors in Folge der umgebenden Adhäsionen so fest, wie sie einem Uterusfibroid oder

einem Ovarialtumor entsprechen würde. Zu gleicher Zeit die Schwangerschaft noch in einer so frühen Periode, dass auch die Auscultation ein negatives Resultat bieten musste.

Fall **XI** bietet ausser den atypischen Blutungen, welche aber gewiss nicht als pathognomonisch für Extrauteringravidität bezeichnet werden dürfen, einen ganz negativen Befund.

XII. Die Diagnose schwankte zwischen ektopischer Schwangerschaft und Ovarialtumor. Ausserdem, dass auch hier wieder die Schwangerschaftsveränderungen im Körper fehlten, war für die Diagnose ausschlaggebend, dass die letztvorgenommene Untersuchung der aus dem Uteruscavum entfernten Partikel keine Modifikation der Mucosa aufwies, wie sie sonst wohl bei dieser Affektion vorkommt.

XIII. Auch hier derselbe negative Befund.

Aus dem eben Angeführten erkennen wir, dass die Diagnose der Extrauteringravidität unter Umständen auf unüberwindliche Hindernisse stösst, namentlich da, wo es sich um eine Schwangerschaft in den ersten Monaten handelt und in Folge dessen die Auscultation negativ ausfallen muss. Wenn nun auch noch die allgemeinen Schwangerschaftsveränderungen, wie bläuliche Verfärbung der Genitalien, Anschwellung der Brüste u. s. w. fehlen, der Uterus keine Vergrösserung zeigt, wird es nicht gestattet sein, die bestimmte Diagnose zu stellen. Wir sehen

ja, dass in unsern anders gedeuteten oder nicht sicher erkannten Fällen die fraglichen Tumoren eine cystische oder gar feste Konsistenz aufwiesen, so dass von Fühlen unregelmässiger Hervorragungen — Kindstheile — keine Rede war. Es fehlten sodann die Ausstossung einer uterinen Decidua, wie sie beim tubaren Abortus zu Stande kommt, sowie die in Folge Berstens des Fruchthalters gesetzten Zeichen einer innern Blutung bei gleichzeitigem Vorhandensein eines dem Uterus anliegenden Tumors, wo natürlich die Diagnose nicht lange schwanken würde (cf. Fall XIV). Was endlich die Harnbeschwerden betrifft, welche in der Mehrzahl unserer Fälle vorhanden sind, so zeigen dieselben keine typische Beschaffenheit und können ähnlich durch alle im kleinen Becken befindlichen Tumoren hervorgerufen werden.

Zur Erkenntniss des Zustandes der Gebärmutter gilt auf hiesiger Klinik der Grundsatz, von der Uterussonde möglichst wenig Gebrauch zu machen in zweifelhaften Fällen, um nicht, wenn eventuell eine intrauterine Gravidität vorhanden sein sollte, durch Lösen oder Verletzung der Eihäute die Fehl- oder Frühgeburt hervorzurufen. Auch könnte ja, wie uns Pozzi mittheilt, die Sonde sich in einer Schleimhautfalte fangen und so ein trügerisches Resultat hervorgezaubert werden. Unschädlicher ist es, durch einige Stunden einen Laminariastift einzulegen, um sich den innern Muttermund für die Fingerspitze durchgängig zu machen. Wenn man an die Schwierig-

keiten denkt, welche sich oft der Einleitung der künstlichen Fehl- oder Frühgeburt durch Quellmittel entgegenstellen, so wird man wohl begreifen, warum wir letzterm Verfahren zur Betastung des Uterus-cavums in seinen untern Partien den Vorzug geben, besonders da der Stift, nur einige Stunden eingelegt, eine genügende Dilatation bewirkt, ohne nothwendigerweise den Abortus zu bewirken.

Was die Schwierigkeiten in der Stellung der Diagnose ferner anbetrifft, so sei hier noch auf die Erfahrung hingewiesen, dass mit dem Absterben des Fœtus die Schwangerschaftsveränderungen an Genitalien und Brüsten wieder zu verschwinden pflegen.

Wir haben der Symptomatologie und Diagnostik hier ein etwas ausgedehnteres Interesse gewährt, weil es bei unserer Art des therapeutischen Handelns bei Extrauteringravidität von grosser Wichtigkeit ist, die betreffende, höchst gefahrdrohende Anomalie möglichst bald zu erkennen.

Pathologische Anatomie.

Auf die anatomischen Verhältnisse der ersten fünf von Brühl publizirten Beobachtungen wollen wir hier nicht zurückkommen, obschon gerade in diesem Kapitel die Anschauungen sich sehr zu Ungunsten der primären Abdominalschwangerschaft verändert haben.

VI. Linke Tube und Ovarium normal. Rechte Tube und Ovarium in Adhäsionen eingebettet, mit

dem Tumor nicht in Zusammenhang; letzterer sitzt der hintern Uteruswand an. Da leider keine genauern Angaben vorliegen und eine mikroskopische Untersuchung der Wandung und des Inhalts des Tumors nicht vorgenommen wurde, so können wir höchstens die Vermuthung aussprechen, dass es sich um eine primäre oder eventuell auch sekundäre Abdominalgravidität gehandelt haben mag.

VII, VIII und **IX**: rechtsseitige Tubargravidität; in letzterem Falle sass das Corpus luteum im linken Ovarium, also höchst wahrscheinlich äussere Ueberwanderung des Eies (cf. Fall I, nach Brühl Fall II).

XIII. Nach dem Sektionsbefund ebenfalls rechtsseitige Tubargravidität.

X. Sitz der Eientwicklung in der linken Tube.

XI. Resultat etwas unsicher, weil wegen starker Blutung der Status im kleinen Becken nicht genügend aufgenommen werden konnte. Immerhin weisen die verschiedentlich erhobenen Status auf eine linksseitige Tubenschwangerschaft hin.

XII. Gleich wie XI.

XIV. Graviditas tubaria sinistra.

Von 9 Fällen somit 1mal unbestimmter Sitz der ektopischen Schwangerschaft, 4mal rechtsseitige und 4mal linksseitige Tubargravidität.

Es entspricht unsere Untersuchung also wohl der allgemeinen Annahme über das Vorwiegen der Tubenschwangerschaft, nicht aber der Angabe, dass

sie häufiger links sitze wie rechts. Immerhin können aus einer nicht grössern Beobachtungsreihe, wie die uns vorliegende, in dieser Beziehung keine bestimmten Schlüsse gezogen werden.

Therapie.

Die an der hiesigen Klinik leitenden Grundsätze betreffend die Behandlung der Extrauteringravidität sind im grossen Ganzen diejenigen, welchen sich die Mehrzahl der jetzigen Gynäkologen auf dem Kontinent anvertraut. Sie sind von der Anschauung und Erfahrung diktirt, dass jede ektopische Schwangerschaft zu taxiren ist wie eine maligne Neubildung.

In der ersten Hälfte der Schwangerschaft soll die Laparotomie gemacht werden, welche unter aseptischen Cautelen und unter Umständen mit Zuhülfenahme der Tamponade des kleinen Beckens auch in Fällen, die sich ungünstig in operativer Beziehung stellen, das sicherste Verfahren ist. Von Morphiumeinspritzungen in den Sack oder von Elektricität machen wir keinen Gebrauch; ohne sie als irrationelle Verfahren beurtheilen zu wollen, kann man ihnen doch nicht die Sicherheit zuschreiben, wie sie die Laparotomie mit sich bringt. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft würde man bei lebendem Kinde die Laparotomie in dessen Interesse vornehmen, natürlich im Einverständniss mit den Eltern. Sollte das Kind schon abgestorben sein, so würde unter

genauer Ueberwachung der Patientin so lange zugewartet, bis die Obliteration des Placentarkreislaufes zu erwarten stünde, wenn nicht der Eintritt septischer Erscheinungen oder Zeichen innerer Blutung schon früher die Indikation zum operativen Eingriff geben würden. Von diesen kurz angegebenen Prinzipien ausgehend, sind die mitgetheilten Fälle behandelt worden und wollen wir in gedrängter Form das Resultat überblicken.

I. 2. Hälfte der Schwangerschaft. Frucht abgestorben. Indikation zur Laparotomie ausserdem noch zunehmende Konsumption der Kräfte der Patientin. Placenta nicht verletzt, zurückgelassen. **Exitus** 5 Tage p. op. Anämie.

II. 2. Hälfte. Indikation: Peritonitis wegen vermeintlicher Stieltorsion eines Ovarialtumors. Placenta nicht gefunden. Enorme Blutung. **Exitus** 10 Minuten p. op. an Anämie.

III. 2. Hälfte. Indikation: Nachhülfe für die Bestrebungen der Natur. Laparotomie misslingt. Elytrotomie und Cystotomie. **Heilung.**

IV. 1. Hälfte. Indikation: Cystoma ovarii dextri. Balg und Placenta manuell entfernt. NaCl-Lösung in's Abdomen. **Exitus** 10 Minuten p. op. an Anämie.

V. 1. Hälfte. Indikation: Ovarialtumor. Placenta zurückgelassen. **Jodoformgazetamponade. Heilung.**

VI. 1. Hälfte. Sack eingerissen. Wegen allseitiger Verwachsung zurückgelassen. **Exitus** 4 Stunden p. op. Anämie.

VII. 1. Hälfte. Einreissen des Sackes. Deutlicher Stiel. Abtragung. **Salicylgazetamponade. Heilung.**

VIII. 1. Hälfte. Einnähen des Sackes. **Tamponade** mit Salicylgaze. **Heilung.**

IX. 1. Hälfte. Entfernen des Sackes. **Tamponade** des kleinen Beckens mit Salicylgaze. **Heilung.**

X. 1. Hälfte. Einreissen des Sackes. **Tamponade** mit Salicylgaze. **Exitus** in Folge von Peritonitis.

XI. 1. Hälfte. Kein Stiel. **Tamponade** mit Salicylgaze. **Heilung.**

XII. 1. Hälfte. Tumor gestielt. Abtragung. Keine Tamponade. **Heilung.**

XIII. 1. Hälfte. Stiel. Abtragung. **Tamponade** mit Salicylgaze. **Exitus** an Nachblutung 23 Tage p. op.

XIV. 1. Hälfte. Frucht nicht nachweisbar. Tube und Ovarium abgetragen. Sack zurückgelassen. **Tamponade** mit Salicylgaze. **Heilung.**

Wir können die Fälle unserer Beobachtungsreihe in 2 Serien eintheilen. Die erste würde umfassen Beobachtung I—VI, die zweite den Rest der Fälle.

Die erstere Serie zeichnet sich dadurch aus, dass nur einmal die **Tamponade des kleinen Beckens** zur Anwendung kam und zwar mit gutem Erfolg,

und ferner dadurch, dass der andere glückliche Ausgang eine Patientin betraf, bei welcher die Elytrotomie und Cystotomie vorgenommen wurde. Diese Serie weist 33⅓ % Heilungen auf. Wir müssen allerdings bedenken, dass es sich in den ersten drei Fällen um vorgerückte Extrauteringravidität handelte, wo bekanntlich die operativen Chancen für die Frauen geringer sind. Immerhin scheint es mir, dass, wenn damals schon die Anwendung der Tamponade «gäng und gäbe» gewesen wäre, einzelne der Fälle, welche letal verlaufen sind, hätten gerettet werden können, da doch ohne Verletzung der Placenta in Folge von Anämie der Exitus eingetreten ist, mit Ausnahme von Fall IV. Es fällt uns somit auf, dass sonst die Verhältnisse so lagen, dass in Folge der grossen Morschheit der Wandungen nicht an eine Entfernung in toto gedacht werden konnte. Es ist nun aber gerade diese Zerreisslichkeit der Sackwandung in Verbindung mit dem seltenen Vorkommen einer deutlichen Stielbildung, welche nach unserer Beobachtung auf's Wärmste für den eminent praktischen Werth der Tamponade des kleinen Beckens behufs kompleter Blutstillung spricht, und auch noch ein fernerer Umstand, wie ihn Fall VI klarlegt:

Bei dieser Patientin war schon vor der Operation durch die Wochen lang andauernden Metrorrhagien ein solch' anämischer Zustand aufgetreten, dass die absolut unbedeutende Blutung, welche in Folge der Operation eintrat, genügte, um den Exitus

letalis hervorzurufen. Es soll hier auf diese sehr wichtige und noch nicht genügend gewürdigte Komplikation, welche auch eine Indikation zur Tamponade gibt, ausdrücklich aufmerksam gemacht werden. Eine ähnliche, durch vorausgegangene profuse Metrorrhagien entstandene Anämie hatte sich auch bei der letzterwähnten Patientin (Fall XIV) ausgebildet.

II. Serie. 75 % Heilungen*). Es betrifft diese Reihe Alles Extrauteringraviditäten in der 1. Hälfte der Schwangerschaft. Stielbildung und Entfernbarkeit des Sackes war vorhanden in 3 Fällen (VII, IX und XII), welche alle in Heilung übergegangen sind. Die Tamponade hat anscheinend bei Fall X im Stiche gelassen; es ist jedoch hier der Exitus an Peritonitis und nicht an Verblutung erfolgt. Bei Beobachtung XIII erwies sich die Tamponade insofern nicht als absolut zuverlässig, als noch in später Zeit, wo der Tampon schon längst entfernt war, eine Nachblutung dem Leben ein Ende machte. Es macht dies darauf aufmerksam, dass in entsprechenden Fällen die Tamponade nicht nur ein momentanes Auskunftsmittel darstellt, sondern dass dieselbe konsequent weitergeführt werden muss. Die Tamponade wurde bei Patientin XII unterlassen, weil die anatomischen Verhältnisse eine totale Entfernung des Sackes gestatteten.

Rekapitulation. Ich glaube, dass die Resultate der zweiten Serie desshalb so bedeutend besser sind,

*) Anmerkung: Siehe Anhang.

weil durch die **Tamponade** die Mehrzahl der Fälle, wo wegen verschiedener Umstände von einer vollkommenen Entfernung der «Neubildung» abgesehen werden musste, am Leben erhalten wurde.

Die Totalexstirpation des Fruchtsackes in jedem Falle wäre schon das anzustrebende Ideal der Behandlung der Tubarschwangerschaft (Schauta); wo das nicht möglich ist, da wird noch für lange Zeit die Tamponade des kleinen Beckens segensreich wirken.

Anhang.

Während der Drucklegung vorliegender Arbeit kam noch ein weiterer Fall zur Beobachtung:

W.-W. (J. N. 1892. 305.) Graviditas tubaria im 3. Monat. Laparotomie. **Jodoformgazetamponade: Heilung.**

Wir bekommen dadurch für die II. Serie als Resultat **77,7 % Heilungen.**

Litteratur.

Breisky: Zur Casuistik der vorgeschrittenen Extrauterinschwangerschaft.

Brühl: Archiv für Gynäkologie, XXX und XXXI.

Carsten: Ueber die Tubarschwangerschaft in den ersten Monaten.

Frommel: Zur Therapie und Anatomie der Tubenschwangerschaft.

Gusserow: Erfahrungen über die operative Behandlung geplatzter Tubarschwangerschaften.

Martin: Ueber Extrauterinschwangerschaft.

Müller: Handbuch der Geburtshülfe.

Olshausen: Ueber Extrauterinschwangerschaft.

Pozzi: Traité de gynécologie.

Rüdin: Beitrag zur Extrauterinschwangerschaft und deren Behandlung.

Schauta: Beiträge über Casuistik u. s. w.

Schröder: Lehrbuch der Geburtshülfe, 1891.

Joh. Veit: Ueber intraperitoneale Blutergüsse.

Verhandlungen des gynäkologischen Kongresses in Copenhagen.

Werth: Beiträge u. s. w.

Winkel: Lehrbuch der Geburtshülfe, 1889.

Wyder: Archiv für Gynäkologie, XXVIII und XLI.

Zweifel: Ueber Extrauteringravidität und retrouterine Hämatome.

— Lehrbuch der Geburtshülfe, 1892.